



AGING AND ADULT SERVICES ADMINISTRATION
PLANILLA DE CONTROL DE HORAS DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL
INDIVIDUAL PROVIDER TIME SHEET

NOMBRE DEL CLIENTE/EMPLEADOR					NOMBRE DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL							MES			AÑO																				
Día del mes		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																		
A	HORA QUE INICIÓ EL SERVICIO																																		
B	HORA QUE ACABÓ EL SERVICIO																																		
C	TOTAL DE HORAS CADA DÍA																																		
D	MILLAS RECORRIDAS																																		
Día del mes		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALES																		
A	HORA QUE INICIÓ EL SERVICIO																																		
B	HORA QUE ACABÓ EL SERVICIO																																		
C	TOTAL DE HORAS CADA DÍA																																		
D	MILLAS RECORRIDAS																																		
<p>MARQUE LAS TAREAS QUE LLEVÓ A CABO DURANTE EL MES</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Preparación de alimentos</td> <td><input type="checkbox"/> Vestirle</td> <td><input type="checkbox"/> Ayudarle a desplazarse</td> <td><input type="checkbox"/> Bañarle</td> <td><input type="checkbox"/> Tareas domésticas</td> <td><input type="checkbox"/> Compras esenciales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alimentar</td> <td><input type="checkbox"/> Higiene personal</td> <td><input type="checkbox"/> Traslados</td> <td><input type="checkbox"/> Uso del retrete</td> <td><input type="checkbox"/> Suministro de Leña</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Posicionamiento corporal</td> <td><input type="checkbox"/> Cuidado corporal</td> <td><input type="checkbox"/> Auto medicación</td> <td><input type="checkbox"/> Lavandería</td> <td><input type="checkbox"/> Transporte a citas médicas</td> <td></td> </tr> </table>																		<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos	<input type="checkbox"/> Vestirle	<input type="checkbox"/> Ayudarle a desplazarse	<input type="checkbox"/> Bañarle	<input type="checkbox"/> Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> Compras esenciales	<input type="checkbox"/> Alimentar	<input type="checkbox"/> Higiene personal	<input type="checkbox"/> Traslados	<input type="checkbox"/> Uso del retrete	<input type="checkbox"/> Suministro de Leña		<input type="checkbox"/> Posicionamiento corporal	<input type="checkbox"/> Cuidado corporal	<input type="checkbox"/> Auto medicación	<input type="checkbox"/> Lavandería	<input type="checkbox"/> Transporte a citas médicas	
<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos	<input type="checkbox"/> Vestirle	<input type="checkbox"/> Ayudarle a desplazarse	<input type="checkbox"/> Bañarle	<input type="checkbox"/> Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> Compras esenciales																														
<input type="checkbox"/> Alimentar	<input type="checkbox"/> Higiene personal	<input type="checkbox"/> Traslados	<input type="checkbox"/> Uso del retrete	<input type="checkbox"/> Suministro de Leña																															
<input type="checkbox"/> Posicionamiento corporal	<input type="checkbox"/> Cuidado corporal	<input type="checkbox"/> Auto medicación	<input type="checkbox"/> Lavandería	<input type="checkbox"/> Transporte a citas médicas																															
<p>INSTRUCCIONES</p> <p>A. Anote la hora en que inició el servicio – indique AM o PM según corresponda. C. Anote el total de horas trabajadas cada día.</p> <p>B. Anote la hora en que terminó el servicio -- indique AM o PM según corresponda. D. Millas recorridas: Todas las millas recorridas transportando a un cliente o comprando para un cliente cuando lo autoriza SSPS.</p> <p>NO envíe estas planillas de control de horas a Administradores de Caso. Conserve sus planillas de control de tiempo en nuestro expediente durante dos (2) años. Las copias serán solicitadas por los Administradores de Caso en el momento de la reevaluación.</p>																																			
FIRMA DEL CLIENTE									FIRMA DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL																										